

Identify the Consequences of Providing Basic and Supplementary Health Insurance Simultaneously by the Social Security Organization

Ali Javad Karimi¹, Esfandiar Mohammadi^{2*}, Mahmoud Mohammadi¹

¹ Department of Management, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Department of Business Management, Ilam University, Ilam, Iran

*Corresponding Author: Esfandiar Mohammadi, Associate Professor, Department of Business Management, Ilam University, Ilam, Iran.
Email: e.mohamadi@ilam.ac.ir

Received: August 4, 2020

Revised: December 3, 2020

Accepted: December 26, 2020

Online Published: January 6, 2021

Abstract

Introduction: Humans are always at risk of various diseases and inevitably incur high medical costs and hospital costs for recovery and treatment. In order to help people in such cases, various health insurance plans are provided as a basis and complementary, but due to the lack of a single insurer in the presentation, problems have arisen in the field of health insurance. The purpose of this study is to identify the consequences of providing supplementary insurance along with basic insurance by the Social Security Organization of Iran to solve these problems.

Methods: This research was applied in terms of purpose with a combined approach, which was conducted in the qualitative part with a focus on semi-structured interviews in the quantitative part based on exploratory and inferential methods. Its statistical population includes managers and experts in the field of insurance-treatment working in the country's social security organization in 1399, which sampling is done purposefully and in the qualitative section until the categories are saturated (15 samples).

Results: Based on the calculated data, extraction concepts (95 concepts) were classified into 27 sub-categories. The sub-categories were also classified into 5 main categories and thus the consequences of providing supplementary insurance by the Social Security Organization were identified. In the quantitative part, due to the fact that the value of the factor load is above 0.5 and the value of CR indicators is less than 0.7, so the data had a good fit with the factor structure of the theoretical basis of the research and were consistent with them.

Conclusion: According to the findings, the implementation of this plan leads to the possibility of special individual insured and no employer with supplementary health insurance, reducing the treatment costs of the insured and the organization, the possibility of discounts on supplementary premiums and consolidation of health insurance will be.

Keywords: Insurance, Basic Health Insurance, Complementary Health Insurance, Social Security Organization

Citation:

Karimi AJ, Mohammadi E, Mohammadi M. Identify the consequences of providing basic and supplementary health insurance simultaneously by the Social Security Organization. Iran J Health Insur. 2021;3(4):288-97.

شناسایی پیامدهای ارائه هم‌زمان بیمه پایه و مکمل درمان توسط سازمان تأمین اجتماعی

علی جواد کریمی^۱، اسفندیار محمدی^۲، محمود محمدی^۱
^۱گروه مدیریت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۲گروه مدیریت بازرگانی، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران

* نویسنده مسئول: اسفندیار محمدی، دانشیار، گروه مدیریت بازرگانی، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران. پست الکترونیک: e.mohamadi@ilam.ac.ir

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۱۰/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۰۶

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۹/۰۹/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۱۴

چکیده

مقدمه: انسان همیشه در معرض خطر انواع مختلف بیماری‌هاست و به ناچار برای بهبود و معالجه، متقبل هزینه‌های سنگین پزشکی و مخارج بیمارستانی می‌شود. به منظور کمک به مردم در چنین مواردی، طرح‌های گوناگون بیمه درمان به صورت پایه و مکمل ارائه، اما به دلیل فقدان بیمه‌گر واحدی در ارائه، مسائلی در حوزه بیمه درمان پدیدار شده است. هدف این پژوهش شناسایی پیامدهای ارائه بیمه مکمل در کنار بیمه پایه توسط سازمان تأمین اجتماعی ایران، برای حل این مسائل است.

روش بررسی: این پژوهش از نظر هدف کاربردی با رویکردی ترکیبی بوده، که در بخش کیفی با تمرکز بر مصاحبه نیمه ساختاریافته و در بخش کمی براساس روش اکتشافی و استنباطی اجرا شد. جامعه آماری آن شامل مدیران و کارشناسان خبره در زمینه بیمه درمانی شاغل در سازمان تأمین اجتماعی کشور در سال ۱۳۹۹ هستند، که نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام و در بخش کیفی تا رسیدن مقوله‌ها به اشباع (۱۵ نمونه) ادامه یافت.

یافته‌ها: براساس داده‌های احصاء شده، مفاهیم استخراج (۹۵ مفهوم) و در ۲۷ مقوله فرعی دسته‌بندی شدند. که مقوله‌های فرعی نیز در ۵ مقوله اصلی طبقه‌بندی و بدین ترتیب پیامدهای ارائه بیمه مکمل توسط سازمان تأمین اجتماعی مشخص شدند. در بخش کمی نیز باتوجه به اینکه مقدار بارعاملی آن بالای ۰.۵ و مقدار CR شاخص‌ها کمتر از ۰.۷ است، لذا داده‌ها با ساختار عاملی زیربنای نظری پژوهش، برازش مناسبی داشته و همسو با آنها بودند.

نتیجه‌گیری: مطابق یافته‌ها، اجرای این طرح منجر به امکان برخورداری بیمه‌شدگان انفرادی خاص و فاقد کارفرما از بیمه مکمل درمان، کاهش هزینه‌های درمان بیمه‌شدگان و سازمان، امکان تخفیف در حق بیمه تکمیلی و تجمیع بیمه‌های درمانی خواهد شد.

واژگان کلیدی: بیمه، بیمه درمانی پایه، بیمه درمانی مکمل، سازمان تأمین اجتماعی

مقدمه

در همه‌جا» بود که این اصل به منظور اطمینان از دسترسی همه افراد به خدمات بهداشتی درمانی کافی در هر مکان و زمانی که به آن نیاز دارند، بدون رنج و مشقت و همچنین مشکلات مالی است [۲]. پوشش همگانی به همه مردم این امکان را می‌دهد که از طریق بیمه‌های سازمان یافته، به خدمات مراقبت‌های بهداشتی دسترسی پیدا کنند و در برابر مخارج فجایع و مراقبت‌های بهداشتی محافظت

دستیابی به پوشش بهداشت جهانی (UHC) در دهه‌های اخیر، یک شاخص مهم سیاست‌گذاری بهداشت در سطح جهان بوده است [۱]. سازمان بهداشت جهانی، هدف غایی دولت‌ها را سلامت آحاد جامعه و حفاظت از آنها در مواجهه با صدمات و بار مالی بیماری‌ها تعریف کرد. شعار این سازمان در سال ۲۰۱۸ «پوشش همگانی سلامت برای همه،

مواقع بیماری بنا به انتخاب خود از برخی خدمات بیمه‌ای که خارج از چارچوب شرایط و تعهدات عمومی سازمان بیمه اجتماعی است، استفاده کند [۱۰]. بیمه‌های پایه معمولاً توسط مؤسسات دولتی ارائه و بیمه‌های مکمل به صورت الحاقیه به آنها اضافه می‌شوند. تنوع روزافزون خدمات حوزه سلامت که معمولاً هزینه‌های زیادی را دربر دارند و ناتوانی دولت‌ها در تأمین مالی شهروندان در همه عرصه‌های درمانی، نیاز به حضور و توسعه بیمه‌های مکمل در بازار سلامت را به وضوح نشان می‌دهد. همچنین ممکن نبودن استفاده بیمه‌شدگان از بسیاری از امکانات درمانی و پوشش ندادن برخی خدمات درمانی در بیمه پایه، ضرورت بیمه‌های مکمل به عنوان یکی از راه‌های بهبود وضعیت بیمه درمان پایه را نمایان می‌سازد [۱۱].

بیمه درمان تکمیلی نقش کلیدی در ابعاد اقتصادی و سلامت افراد دارا بوده و موجب افزایش سطح کیفیت زندگی و ایفای نقش‌های اجتماعی فرد می‌شود. نبود بیمه درمان تکمیلی موجب کاهش دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی می‌شود که کاهش بازدهی سلامت افراد را به دنبال خواهد داشت. این امر به نوبه خود می‌تواند کیفیت زندگی بیمار و خانواده او را دچار اختلال و رکود کند. همچنین در خانواده‌هایی که از داشتن بیمه درمانی محروم هستند، آثار روانی بیماری و هزینه‌های آن بر خانواده و مشکلات اقتصادی و اجتماعی موجود در پایین بودن کیفیت زندگی نقش به‌سزایی دارند. توجه به اینکه بیمه‌های درمان تکمیلی با توزیع احتمالی خسارت بین افراد بیمه‌شده، هزینه‌های بیماری را بین تعداد زیادی از افراد تقسیم کرده و علاوه بر کاهش بار هزینه‌های بیماران، اطمینان خاطر را برای تمام بیمه‌شدگان به ارمغان آورده و رفاه بیشتری نصیب جامعه می‌کند [۱۲]. به‌طور خلاصه بیمه‌های مکمل براساس نوع پوشش خدمات به ۳ گروه اصلی تقسیم می‌شوند:

۱- **بیمه مضاعف سلامت:** در این روش بیمه‌های تکمیلی خدماتی را پوشش می‌دهند که تحت پوشش بیمه‌های پایه نیز هستند، با این تفاوت که بیمه‌های تکمیلی سعی در تسهیل ارائه خدمات یا تسریع پرداخت هزینه، افزایش مراکز طرف قرارداد بخش خصوصی و خدماتی از این دست دارند.

۲- **بیمه مازاد خدمت:** در این شیوه، بیمه مکمل خدماتی را پوشش می‌دهد که در تعهد بیمه پایه نیست، مانند خدمات زیبایی.

۳- **بیمه مازاد هزینه:** در این شیوه، بیمه مکمل پوشش مازاد هزینه‌هایی را برعهده می‌گیرد که در بیمه پایه پرداخت نمی‌شوند. به عنوان نمونه تخت درجه یک یا سایر هزینه‌هایی که بیشتر جنبه رفاهی دارند [۱۳]. دسترسی به بیمه درمانی، رسیدن به عدالت درمانی را سهل تر

داشته باشند [۳]. مهم‌ترین پایه و عامل شکل‌دهنده و گسترش‌دهنده بیمه‌های عمومی و تخصصی در ابعاد و سازه‌های متفاوت به کار گرفته شده، هزینه‌های بالا و ناتوانی جامعه عمومی در تأمین بسیاری از هزینه‌ها و مخارج بالای درمانی در ابعاد و الگوهای مختلف مبتنی بر آن است [۴]. بیمه پایه و تکمیلی با هدف سلامت شکل گرفت و با گسترش و توسعه چنین طرح و برنامه‌ای در سیستم بهداشت و حمایتی جهانی شاهد افزایش عمل‌ها و مداخله‌های دارویی و غیر دارویی بین بیماران بودیم [۵] که ثمره چنین ساختاری کاهش مرگ و میر، افزایش امید به زندگی و قابل درمان بودن بسیاری از بیماری‌ها در این زمینه شد [۶]. در واقع، انسان همیشه در معرض خطر انواع مختلف بیماری‌هاست و به ناچار برای بهبود و معالجه، متقبل هزینه‌های سنگین پزشکی و مخارج بیمارستانی می‌شود. به منظور کمک به مردم در چنین مواردی، طرح‌های گوناگون بیمه درمان ارائه شده است. استفاده از بیمه‌های درمانی، بهترین شیوه تأمین مالی نظام‌های سلامت و محافظت از افراد و خانوارها از آسیب‌های ناشی از هزینه‌های درمانی به شمار می‌آید. بیمه‌های درمان با توزیع احتمال خسارت بین افراد بیمه‌شده، هزینه‌های بیماری را بین تعداد زیادی از افراد تقسیم کرده و نه تنها بار هزینه‌ها را برای بیماران کاهش می‌دهند، بلکه برای تمام بیمه‌شدگان اطمینان خاطر را به ارمغان می‌آورند [۷].

بیمه درمان معمولاً به ۲ صورت پایه و تکمیلی ارائه می‌شود. بیمه‌های پایه آن دسته از طرح‌های بیمه‌ای است که هر دولتی در دنیا در اجرای سیاست‌های بهداشت و درمان باید برای مردم کشور خود در دسترس قرار دهد. این طرح‌ها، حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی را دارند و شامل خدمات پزشکی، اورژانس، خدمات عمومی و تخصصی سرپایی و بستری است. ارائه این سطح از خدمات در نظام بیمه خدمات درمانی برعهده سازمان‌های بیمه‌گر پایه شامل سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح و... است و بیمه درمان تکمیلی، عموماً توسط شرکت‌های بیمه بازرگانی ارائه می‌شوند [۸] و مطابق آیین‌نامه ۷۴ بیمه مرکزی، به منظور جبران بخشی از هزینه‌های اضافی درمانی که در تعهد بیمه‌گر پایه نیست ایجاد شده‌اند. به‌طور کلی هدف از ایجاد بیمه‌های درمان مکمل، امکان استفاده بیمه‌شده از امکانات درمانی بخش دولتی، پرکردن خلأ خدمات و تعهدات بیمه‌های درمان پایه، ایجاد شرایطی برای نوآوری، تنوع و رقابت در عرصه فعالیت بیمه‌های درمان با تأکید بر مشارکت افراد در تأمین منابع مالی است [۹].

براساس سیستم بیمه خدمات درمانی مکمل، فرد بیمه‌شده اجباری می‌تواند با پرداخت حق بیمه اضافی به شرکت بیمه، در

اجتماعی به عنوان بزرگ‌ترین سازمان ارائه‌دهنده خدمات بیمه‌ای پایه و نیز سازمانی که اکثر بیمه‌شدگان آن (بیمه‌شدگان خاص شاغل در مشاغل انفرادی و فاقد کارفرما)، شرایط برخورداری از بیمه تکمیلی گروهی را ندارند، طراحی و اجرا شود که هر لایه آن پاسخ‌گوی یکی از گروه‌های درآمدی جامعه باشد و تمام بیمه‌شدگان تحت پوشش بیمه پایه بدون محدودیت، بتوانند از این مزیت برخوردار شوند.

در این پژوهش، پاسخ به این سؤال مطرح بود که اجرای طرح ارائه هم‌زمان بیمه پایه و مکمل درمان توسط سازمان تأمین اجتماعی (اجرای نظام چندلایه تأمین اجتماعی در بخش درمان)، چه پیامدهایی برای سازمان و جامعه هدف آن به‌دنبال خواهد داشت و آیا پیامدهای این طرح می‌تواند مسائل و مشکلات سازمان و جامعه هدف آن را در این حوزه پوشش دهد؟

روش بررسی

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی با رویکردی ترکیبی است. برای نگارش مبانی نظری پژوهش از روش کتابخانه‌ای استفاده و اطلاعات از منابع اولیه و ثانویه (بررسی سوابق و مدارک و مصاحبه) جمع‌آوری شده است. در بخش کیفی، تعدادی از مدیران عالی سطح یک و دو و نیز کارشناسان خبره سازمان تأمین اجتماعی در ستاد مرکزی که در زمینه پژوهش (بیمه‌های درمانی) دارای تجربیات لازم یا مطالعات آکادمیکی بودند، به صورت نظری و براساس روش گلوله برفی، به‌عنوان نمونه انتخاب و با آنها مصاحبه شد (جدول ۱). میزان تحصیلات و میانگین سن و سابقه حاکمی از برخورداری نمونه از دانش و تجربه لازم و کافی است. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در بخش کیفی، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به‌صورت حضوری بود. هدف از مصاحبه‌ها، پاسخ به این سؤال بود که اجرای هم‌زمان بیمه پایه و مکمل درمان در سازمان تأمین اجتماعی چه پیامدهایی می‌تواند به‌دنبال داشته باشد؟

می‌کند. در کل، بیمه پایه و مکمل درمان متولیان اصلی ضامن اطمینان افراد در کشور بوده و عواملی مهم در گسترش و برقراری عدالت اجتماعی هستند [۱۱].

در ایران پوشش بیمه پایه از پوشش بیمه مکمل کاملاً جداست و این رویکرد مشکلاتی ایجاد می‌کند [۱۴]، به‌طوری‌که بیمه‌شدگان پایه با توجه به شکافی که در دستیابی به خدمات درمانی کامل وجود دارد، آنها را ناگزیر به خرید خدمات بیمه تکمیلی از سایر صندوق‌های بیمه‌گر می‌کند. این اقدام علاوه‌بر ممکن نبودن برخورداری اکثر بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران از خدمات و تعهدات بیمه تکمیلی (به‌دلیل ارائه بیمه مذکور به‌صورت گروهی و ممکن نبودن برقراری بیمه تکمیلی برای بیمه‌شدگان شاغل در مشاغل آزاد با شرایط بیمه تکمیلی گروهی، مگر در برخی شرکت‌های بیمه‌گر، مشروط بر پرداخت حق بیمه بیشتر)، سردرگمی و اتلاف وقت بیمه‌شدگان مشمول برای مراجعه به شرکت‌های مختلف بیمه‌گری (به منظور برقراری بیمه مکمل یا دریافت هزینه‌های درمانی)، با تعهدات و نرخ‌های حق بیمه متفاوت (میزان تعهدات و نرخ حق بیمه، بستگی به تعداد اعضای گروه متقاضی دارد) را به‌دنبال دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهند که بخش عمده پوشش صندوق‌های بیمه اجتماعی در کشور بر اقشار مزد و حقوق‌بگیر متمرکز بوده و در زمینه حمایت تکمیلی از شاغلان بدون کارفرما، توفیق چندانی به‌دست نیامده است. در صورتی‌که باید شرایطی ایجاد شود که افرادی از اجتماع که به هر دلیلی شامل بیمه‌های مکمل درمان گروهی نیستند، با پرداخت هزینه‌ای مقرون به‌صرفه بتوانند تحت پوشش بیمه تکمیلی انفرادی با حداکثر پشتیبانی و دوراندیشی قرار گیرند [۱۵].

بیمه‌های سلامت باید عدالت را در جامعه ایجاد کنند. در پوشش مزایا (هزینه‌ها)، این بیمه‌ها باید پوشش بیمه‌ای را گسترده سازند [۱۶]. علاوه‌بر موارد فوق سازمان تأمین اجتماعی نیز به‌رغم صرف هزینه‌های هنگفت بابت ارائه خدمات درمانی رایگان (بدون اخذ فرانشیز از بیمه‌شده) به‌صورت مستقیم (توسط مراکز درمانی سازمان)، متأسفانه به دلیل ممکن نبودن ارائه این نوع خدمات در کل کشور، بسیاری از بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران ساکن یا شاغل در شهرهای کوچک و مناطق فاقد مراکز درمانی سازمان، نمی‌توانند از این مزیت برخوردار شوند و این بی‌عدالتی در توزیع تعهدات بیمه و خدمات درمانی رایگان، موجب نارضایتی آنان شده است.

بنابراین امروزه با وجود تمام مزایایی که بیمه‌های اجتماعی دارند، اما به‌تنهایی قادر به پاسخ‌گویی به نیازهای کلیه افراد جامعه نیستند و به همین دلیل، ضروری است نظام چند لایه تأمین اجتماعی (در بخش درمان) در سازمان‌های مجری بیمه‌های پایه، به‌ویژه در سازمان تأمین

جدول ۱ | جمعیت شناختی خبرگان در بخش کیفی

تحصیلات		سایر	
مدرک تحصیلی	تعداد	سایر موارد	تعداد
دکتر	۸	میانگین سابقه	۲۲
دانشجوی دکتر	۶	میانگین سنی	۴۴
کارشناس ارشد	۱	سطح مدیران عالی	۹
جمع	۱۵	سطح کارشناسان خبره	۶

یافته‌ها

بخش کیفی

شیوه گردآوری اطلاعات در این پژوهش مبتنی بر مصاحبه بود. مصاحبه با افراد به صورت رودرو و برخی مواقع نیز به صورت تلفنی در زمان‌های مختلف اداری انجام شد. میانگین زمان مصاحبه‌ها حدوداً ۵۰ دقیقه بود. برای تحلیل داده‌ها از کدگذاری باز و محوری استفاده شد. در کدگذاری باز، مصاحبه‌ها با استفاده از تحلیل محتوا، سطر به سطر بررسی و براساس تشابه، مفهوم و اشتراک‌های بین کدهای باز، مفاهیم و مقولات تعیین شدند. پس از ساخت مقولات فرعی و اصلی براساس ربط موضوعی، در مرحله کدگذاری محوری، ارتباط بین مقوله‌ها مشخص شد که از این طریق ۹۵ مفهوم براساس نظر خبرگان استخراج شد. مقوله‌های اصلی در ۲۷ مقوله فرعی طبقه‌بندی و مقوله‌های فرعی نیز حول محور ۵ مقوله اصلی قرار گرفتند (جدول ۳).

بخش کمی

در این پژوهش با توجه به تصدیق پیش فرض‌ها در بخش کیفی، در گام بعدی برای بررسی روایی و پایایی سؤال‌های پژوهش از آزمون تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. در بخش اعتبار (روایی) به کمک آزمون KMO به ارتباط منطقی، بین پرسش‌های آزمون و مطلب مورد سنجش پرداخته شد. بعد از شناسایی دقیق سؤال‌های معتبر و مناسب، برای ارزیابی صحت و اعتبار سنجش‌های پرسش‌نامه به کمک آزمون‌های پایایی، ضریب آلفای کرونباخ (۰,۷۵) و CR (جدول ۴)، ثبات و سازگاری مفهوم مورد سنجش، بررسی شد که تمامی ابعاد بیان شده از پایایی مناسبی برخوردار بودند.

به‌طور کلی برای ارزیابی مدل تحلیل عاملی تأییدی چندین مشخصه برازندگی وجود دارد که یکی از این شاخص‌ها، پایایی ترکیبی یا همان مقدار Composite Reliability (CR) است. با توجه به جدول ۴ و از آنجا که نسبت بحرانی این شاخص بین ۱,۹۶ تا ۱,۹۶- قرار ندارد و مقدار P-value نیز کمتر از ۰,۰۵ است، بنابراین می‌توان گفت که ابعاد بیان شده از مدل حذف نمی‌شوند؛ زیرا مقدار بار عاملی آن بالای ۰,۵ و مقدار CR شاخص‌ها نیز کمتر از ۰,۷ است. بر همین اساس می‌توان گفت که شاخص‌ها و سؤال‌های مربوطه، سطح معناداری قابل قبولی داشتند. بنابراین داده‌های این پژوهش با ساختار عاملی و زیربنای نظری پژوهش، برازش مناسبی دارد که بیانگر هم‌سو بودن سؤال‌ها با سازه‌های نظری و نیز اعتبار سازه است.

در مرحله نخست پژوهش، از نمونه‌گیری نظری استفاده شد. در نمونه‌گیری نظری، با نمونه‌هایی مصاحبه شد که از لحاظ هدف‌های پژوهش دارای اطلاعات غنی هستند. شیوه انتخاب نمونه با بهره‌گیری از روش گلوله برفی تا زمان اشباع نظری مقوله‌ها ادامه داشت و پس از مصاحبه دوازدهم، داده‌ها تکرار شدند و مفهوم جدیدی شناسایی نشد. با وجود این و برای اطمینان بیشتر، ۱۵ مصاحبه انجام شد. اعتبارسنجی در این بخش از طریق اعتباریابی یا بازبینی توسط مصاحبه‌شوندگان، توضیح شیوه یادداشت‌برداری و انجام پژوهش، استفاده از روش کمی برای تأیید یافته‌ها و مقایسه عوامل و نتایج با پیشینه پژوهش انجام شد. جامعه آماری بخش کمی این پژوهش متشکل بودند از مدیران و کارشناسان خبره سازمان تأمین اجتماعی کشور که با موضوع پژوهش در ارتباط و اطلاعات کافی در این زمینه داشتند و ۹۳ نفر به‌عنوان نمونه آماری از جامعه مذکور به‌صورت هدفمند تعیین شدند (جدول ۲).

روش گردآوری داده‌ها در مرحله دوم (بخش کمی)، پرسش‌نامه‌ای محقق‌ساخته بر مبنای نتایج حاصل از مصاحبه‌های بخش کیفی با ۳۲ گویه طراحی شد. گویه‌ها بر پایه طیف لیکرت، از خیلی زیاد (۵) تا خیلی کم (۱) تنظیم شدند. در گام بعدی برای بررسی روایی و پایایی سؤال‌ها مطرح شده، از آزمون تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. در بخش اعتبار (روایی) به کمک آزمون KMO به ارتباط منطقی بین پرسش‌های آزمون و مطلب مورد سنجش پرداخته شد. همچنین بعد از شناسایی دقیق سؤال‌های مورد اعتبار و مناسب، برای ارزیابی درستی و خوب بودن سنجش‌های پرسش‌نامه به کمک آزمون‌های پایایی (ضریب آلفای کرونباخ و CR)، ثبات و سازگاری مفهوم سنجش، بررسی شد.

جدول ۲ | جمعیت‌شناختی خبرگان در بخش کیفی

تحصیلات		سایر	
مدرك تحصيلی	تعداد	سایر موارد	تعداد
فوق دیپلم	۲	۱ تا ۱۰ سال	۲۱
لیسانس	۱۶	۱۰ تا ۲۰ سال	۲۶
فوق لیسانس	۶۵	۲۰ تا ۳۰ سال	۳۶
دکتر	۱۰	بالتر از ۳۰ سال	۱۰
جمع	۹۳	جمع	۹۳

بحث

شفافیت در آن و تغییرات مثبت در حوزه بیمه درمانی سازمان که درواقع این پیامدها پاسخی بودند به سؤال این پژوهش که پیامدهای طرح ارائه هم‌زمان بیمه پایه و مکمل درمان توسط سازمان تأمین اجتماعی کدامند؟ در بخش کمی نیز این عوامل و ابعاد تأیید شدند. در این بخش محرز شد که داده‌های این پژوهش با ساختار عاملی و

پیامدهای ارائه هم‌زمان بیمه پایه و مکمل درمان توسط سازمان تأمین اجتماعی بدین شرح شناسایی شدند: رضایت‌مندی بیمه‌شدگان، ایجاد رقابت در بازار بیمه و افزایش کمیت و کیفیت در بیمه خدمات درمانی، بهبود وضعیت مالی سازمان، گسترش چتر بیمه درمانی و

جدول ۳ | مقوله‌های مربوط به پیامدها

مقوله‌های اصلی	محور	مقوله‌های فرعی
تبدیل‌ها	رضایت‌مندی بیمه‌شدگان	تسریع و تسهیل در ارائه خدمات بیمه تکمیلی با یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی سردرگم نشدن بیمه‌شده کاهش هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان و مستمری بگیران سازمان امکان تخفیف در ارائه بیمه درمانی مکمل (با توجه به حذف خدمات درمانی رایگان و جمعیت تحت پوشش سازمان)
	ایجاد رقابت در بازار بیمه و افزایش کمیت و کیفیت در بیمه خدمات درمانی	ایجاد رقابت در بازار بیمه افزایش توان رقابتی و ایجاد مزیت رقابتی برای سازمان تأمین اجتماعی بهبود وضعیت مالی سازمان کاهش هزینه‌های درمان مستقیم سازمان شفافیت در حساب‌های بیمه پایه و مکمل درمان بی‌نیازی به احداث مراکز درمانی سازمان و کاهش فشار مقامات سیاسی در این خصوص کنترل بخشی از هزینه‌های درمانی با اصلاح نظام پرداخت حق‌الزحمه پزشکان کاهش مخاطرات اخلاقی (مالی) با یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی رفع هم‌پوشانی بیمه‌های درمانی نمایش کل پرداختی بیمه‌شدگان بابت حق بیمه و ابزاری برای جلب نظر حمایت مالی و قانونی مقامات ذربط کشوری از اقبال آسیب‌پذیر
	گسترش چتر بیمه درمانی و شفافیت در آن	امکان برخورداری بیمه‌شدگان خاص و فاقد کارفرمای مشمول سازمان از بیمه تکمیلی سطح‌بندی و مرزبندی خدمات درمانی پایه و مکمل سطح‌بندی و شفافیت در حساب‌های بیمه پایه و مکمل افزایش بیمه‌شدگان پایه سازمان با توجه به افزایش مزیت‌های رقابتی در بخش درمان افزایش تقاضای بیمه مکمل در سازمان
تغییرات مثبت در حوزه بیمه درمانی سازمان	تغییرات مثبت در حوزه بیمه درمانی سازمان	افزایش سطح انعطاف‌پذیری سازمان برقراری عدالت در توزیع تعهدات بیمه‌ای بخش درمانی پوشش کامل بیمه درمانی توسط سازمان چابکی سازمان در بخش درمان تمرکز بیمه‌های پایه و مکمل و تسهیل و تسریع در ارائه این خدمات سازوکارهای اصولی برای راهنمایی و تشخیص روند درمان بیمه‌شدگان افزایش سطح کیفیت خدمات درمانی در مراکز ملکی سازمان تصمیم‌گیری درخصوص بیمه پایه و مکمل به‌صورت متمرکز

منجر شود. علاوه بر آن، این پیامد در واقع می تواند در راستای شعار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸ (پوشش همگانی سلامت: برای همه، در همه جا) باشد که براساس آن همه افراد بتوانند به حق خود به بالاترین سطح ممکن از سلامت دست یابند. این پیامد همچنین با نتایج پژوهش بیتونی و همکاران [۲۱] (نبود بیمه درمان تکمیلی موجب کاهش دسترسی به مراقبت های بهداشتی و در نتیجه کاهش بازدهی سلامت افراد و اختلال در کیفیت زندگی بیمار و خانواده او می شود) و ایوبیان [۱۵] (باید شرایط برخورداری از بیمه درمان تکمیلی برای همه افراد مهیا باشد؛ به نحوی که افرادی از اجتماع که به هر دلیلی شامل بیمه های مکمل درمان گروهی نیستند، با پرداخت هزینه ای مقرون به صرفه بتوانند تحت پوشش بیمه تکمیلی افرادی با حداکثر پشتیبانی و دوراندیشی قرار گیرند)، هم سو بود.

در بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، خدمات درمانی در مراکز ملکی به صورت رایگان و بدون اخذ فرانشیز ارائه می شود که این اقدام به رغم هزینه های هنگفت برای سازمان و استفاده کامل برخی از جامعه هدف ساکن در شهرهای برخوردار، اما متأسفانه بیمه شدگان و مستمری بگیران شاغل و ساکن در مناطق محروم و فاقد مراکز درمانی مذکور (با وجود پرداخت حق بیمه مشابه سایر بیمه شدگان کشوری)، نمی توانند از این مزیت ارزشمند برخوردار باشند. در واقع این هزینه هنگفت فقط صرف بخش خاصی از جامعه هدف می شود. به دلیل اجرا نشدن عدالت در توزیع تعهدات بیمه درمانی، بخش عظیمی از بیمه شدگان و مستمری بگیران تحت پوشش ساکن در مناطق مذکور نارضایتی بالایی دارند که با اجرای این طرح در سازمان تأمین اجتماعی، می توان تهدیدهای پیش روی سازمان که ناشی از هزینه های هنگفت درمان مستقیم، بی عدالتی در توزیع تعهدات بیمه ای خدمات درمانی، نارضایتی بخش عظیمی از بیمه شدگان و مستمری بگیران و برخورداری غیریکسان آنها از خدمات درمانی و تعهدات بیمه ای است را به فرصتی برای سازمان تبدیل کرد. با این توضیح که با اجرای این طرح می توان بخش رایگان خدمات درمانی سازمان را که موجب بی عدالتی در توزیع خدمات درمانی شده، حذف و از محل آن در حق بیمه تکمیلی بیمه شدگان (به ویژه بیمه شدگانی که بدون کمک دولت یا کارفرما، حق

زیربنای نظری پژوهش برآزش مناسبی داشته و این بیانگر هم سو بودن سؤال ها با سازه های نظری است.

مطابق نتایج حاصله، سازمان تأمین اجتماعی می تواند در کنار بیمه پایه، براساس ظرفیت های موجود خود از جمله نیروی انسانی مجرب و توانمند در زمینه بیمه، امکانات و تجهیزات لازم و کافی، جمعیت تحت پوشش، ارتباط و دسترسی به اطلاعات بیش از نیمی از جمعیت کشور، دومین ارائه دهنده خدمات درمانی در کشور، بیمارستان های مجهز و مراکز درمانی ملکی در اقصی نقاط کشور، توان مالی، خدمات الکترونیکی و غیر حضوری بیمه ای، توان رقابتی بالا در زمینه بیمه، ساختار و فرهنگ مناسب و... بیمه تکمیلی درمان را مطابق ماده ۶ قانون خدمات درمانی کشور ارائه کند. اجرای این طرح در سازمان تأمین اجتماعی می تواند مطابق نتایج حاصله از پژوهش حاضر، پیامدهای مثبت و کثیری را به دنبال داشته باشد که در ادامه، به مهم ترین آنها پرداخته می شود.

در حال حاضر بسیاری از بیمه شدگان پایه، شاغل در مشاغل خاص و آزاد و فعالیت های انفرادی بدون کارفرما (رانندگان، کارگران ساختمانی، قالی بافان، زنان سرپرست خانوار و...) به دلیل ریسک بالای آن برای سازمان های و صندوق های بیمه گر، نمی توانند از مزایای بیمه تکمیلی (گروهی) برخوردار شوند. چنانچه این افراد به صورت انفرادی هم اقدام کنند، مشمول حق بیمه بیشتری نسبت به بیمه شدگان بیمه تکمیلی گروهی خواهند شد که مقرون به صرفه نیست. این قشر از بیمه شدگان (فاقد شرایط برخورداری از بیمه تکمیلی)، به عنوان بخش عظیمی از جامعه هدف سازمان تأمین اجتماعی و تحت پوشش بیمه پایه این سازمان قرار دارند. بنابراین از آنجاکه این قشر از بیمه شدگان فقط برای خود سازمان تأمین اجتماعی می توانند در قالب گروه های بزرگی همچون گروه رانندگان، کارگران ساختمانی، قالی بافان و... قرار بگیرند، در صورت ارائه بیمه تکمیلی در سازمان مطابق طرح ارائه شده می توانند از مزایای این نوع بیمه درمانی با شرایط گروهی بهره مند شوند. همان طور که گل علیزاده و همکاران [۲۰] نیز در مطالعه خود بیان کردند، بیمه واحد می تواند به تقویت بسته بیمه و پوشش جمعیت به سود جمعیت های غیربرخوردار و اعضای بیمه های با بسته ضعیف تر

جدول ۴ | پایایی ترکیبی گویه ها با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی

سطح معناداری P	نسبت بحرانی C.R.	خطای معیار S.E.	بارعاملی غیراستاندارد B	بارعاملی استاندارد β	به سازه	از سازه
۰.۰۰	۳.۸۲۰	۰.۵۴۵	۲.۰۸۳	۰.۸۳۳	ارائه هم زمان بیمه پایه و مکمل درمان	پیامدهای ارائه هم زمان بیمه پایه و مکمل درمان

بیمه‌شدگان می‌توانند به راحتی از بیمه تکمیلی استفاده کنند.

در حال حاضر به دلیل فقدان مرز مشخص بین بیمه‌های درمانی پایه و مکمل، برخی از تعهدات بیمه تکمیلی توسط سازمان و از محل تعهدات بیمه پایه ارائه می‌شود. این موضوع از طرفی موجب صرف منابع مالی بیمه پایه و هزینه‌های زاید برای سازمان و از سوی دیگر، منفعت آن نصیب شرکت‌های بیمه‌گری می‌شود که حق بیمه تکمیلی را اخذ می‌کند؛ در صورتی که تعهدات آنها توسط بیمه پایه ارائه می‌شود. در برخی موارد، به دلیل برقراری نبودن ارتباط میان سیستم تعهدات بیمه‌های درمانی، بیمه‌شده هم از صندوق بیمه پایه (به صورت کامل) و هم از صندوق بیمه مکمل برای خدمت واحدی، هزینه دریافت می‌کند که در صورت ارائه هم‌زمان بیمه‌های درمانی، این هم‌پوشانی رفع و مخاطر اخلاقی نیز در این زمینه کاهش می‌یابد.

به باور وفا نیجار و همکاران [۹] هدف کلی هدف از ایجاد بیمه‌های درمان مکمل، علاوه بر استفاده بیمه‌شده از امکانات درمانی و پرکردن خلأ خدمات و تعهدات بیمه‌های درمان پایه، ایجاد شرایطی برای نوآوری، تنوع و رقابت در عرصه فعالیت بیمه‌های درمان است. براین اساس و با ارائه بیمه مکمل توسط سازمان تأمین اجتماعی ضمن نوآوری در این حوزه، در بازار بیمه‌های درمانی نیز رقابتی ایجاد خواهد شد که به افزایش کمیّت و کیفیت تعهدات بیمه خدمات درمانی و نیز رفع برخی مسائل و مشکلات سازمان و جامعه هدف آن در این حوزه منجر می‌شود. با توجه به تعبیر چابکی به توانایی سازمان‌ها برای پاسخ سریع و به‌طور مؤثر به تغییرات در تقاضای بازار با هدف یافتن نیازمندی‌های مشتری برحسب قیمت، خصوصیات، کیفیت، کمیّت و تحویل، کاهش هزینه‌های تولید، افزایش رضایت مشتری، می‌توان امیدوار بود با استفاده از این راهبرد ضمن از بین بردن فعالیت‌های فاقد ارزش افزوده و افزایش رقابت، به مزایای ناشی از استراتژی چابکی نایل آمد [۲۱]؛ بنابراین پیامدهای اجرای طرح، با مؤلفه‌ها و مزایای چابکی، مطابقت دارد. برهمین اساس سازمان با اجرای این طرح، می‌تواند در بخش بیمه درمان به چابکی رسیده و این تغییر، سرآغازی برای تغییرات مثبت در سایر حوزه‌های عملکردی و گامی اساسی در تحقق بخشی از چشم‌انداز سازمان تأمین اجتماعی در افق ۱۴۰۴ خواهد بود.

نتیجه‌گیری

اطمینان از دسترسی همه افراد به خدمات بهداشتی درمانی کافی در هر مکان و زمان (که نیاز داشته باشند)، بدون رنج و مشقت و همچنین مشکلات مالی، اصلی بر پایه شعار سال ۲۰۱۸ سازمان بهداشت جهانی مبنی بر «پوشش همگانی سلامت برای همه، در همه

بیمه تکمیلی کامل پرداخت می‌کنند) تخفیف ایجاد کرد که تحقق این امر به توزیع عادلانه تعهدات بیمه درمانی خواهد منجر شد. در این صورت هم بیمه‌شدگان سازمان می‌توانند بیمه تکمیلی را ارزان‌تر از سایر شرکت‌های بیمه گر خریداری کنند و هم سازمان مجبور به ساخت و ساز مراکز درمانی (براساس فشار مقام‌های سیاسی) نخواهد بود. از طرفی این مراکز همانند سایر مراکز درمانی می‌تواند برای سازمان (باتوجه به ظرفیت‌های پیش‌گفت آن) سودآوری داشته باشند که بخشی این پیامد نیز می‌تواند در راستای تأکید سازمان بهداشت جهانی مبنی بر هدف تعمیم بهداشت و درمان برای همگان باید براساس رفع تبعیض بین گروه‌های مختلف جامعه تعیین شود. شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی سلامت یکی از شاخص‌های اصلی این سازمان در ارزیابی نظام‌های بهداشتی درمانی کشورها محسوب می‌شود [۷] و می‌تواند موجب رفع نگرانی مقام‌های این سازمان از جمله رئیس هیئت مدیره وقت سازمان تأمین اجتماعی کشور (۱۳۹۵) شود که در یکی از گزارش‌های خود بیان کرده بود، به دلیل اینکه هزینه‌های مراکز درمانی تأمین اجتماعی بالاست، توسعه این مراکز صرفه اقتصادی ندارد و ناگزیر در سال‌های آینده باید به سمت خرید خدمات پزشکی رفت [۲۲]. در واقع این راهبرد به دلیل مقاومت بیمه‌شدگان برخوردار از خدمات درمانی رایگان سازمان و اتحادیه‌های مربوطه، به سادگی نمی‌تواند اجرا شود، مگر با فراهم کردن زمینه برخورداری کل بیمه‌شدگان سازمان از بیمه مکمل درمان (اجرای این مدل در سازمان).

یکی از راهبردهای این پژوهش، به کارگیری سازوکارهای اصولی در سازمان برای راهنمایی و تشخیص روند درمان بیمه‌شدگان است که به برقراری و سامان‌دهی نظام ارجاع، پزشک خانواده و راهنمای بالینی منجر می‌شود که این پیامد هم‌سو با نتیجه مطالعات جلالی و همکاران [۲] است که براساس اظهار آنها، طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده، راهکاری برای ایجاد فرصت به‌منظور بهره‌مندی همه اقشار جامعه از خدمات درمانی با تعرفه دولتی است و می‌تواند بر ارتقای شاخص عدالت تأثیر مثبتی داشته باشد.

صحت و همکاران [۱۴] در مطالعه خود بیان کردند، در ایران پوشش بیمه پایه از پوشش بیمه مکمل کاملاً جداست و این رویکرد مشکلاتی ایجاد می‌کند. متأسفانه بسیاری از بیمه‌شدگان حائز شرایط برخورداری از بیمه درمان تکمیلی سازمان، به دلیل متمرکز نبودن بیمه‌های درمانی در یک شرکت یا سازمان و به تبع آن، اتلاف وقت و سردرگمی آنها برای ارائه مدارک و مستندات و نیز اخذ وجه و تعهدات بیمه تکمیلی از سایر صندوق‌ها، از بیمه مذکور استفاده نمی‌کنند. در صورت اجرای این طرح توسط سازمان و ارائه هم‌زمان بیمه پایه و مکمل، این بخش از

خدمات الکترونیکی و غیرحضور بیمه‌ای، توان رقابتی بالا در زمینه بیمه، ساختار و فرهنگ مناسب و...)، هم‌زمان با ارائه بیمه پایه، بیمه مکمل درمان را نیز به صورت اختیاری ارائه کند.

پیشنهاد می‌شود سازمان برای انجام این طرح، مرز بین خدمات درمانی پایه و مکمل را مشخص و براساس محاسبات آکچوئری، نرخ حق بیمه مکمل و نیز میزان تعهدات آن را تعیین کند. علاوه بر آن توصیه می‌شود از محل کاهش هزینه‌های درمان مستقیم (در صورت حذف خدمات درمانی رایگانی که به صورت عادلانه توزیع نشده و همه بیمه‌شدگان نمی‌توانند از آن برخوردار شوند)، در حق بیمه تکمیلی تخفیف در نظر گیرد تا همه بیمه‌شدگان بتوانند به صورت عادلانه از تعهدات بیمه درمانی یکسانی برخوردار شوند و از مراکز درمانی خود، شبیه سایر مراکز درمانی آزاد یا دولتی با اخذ فرانشیز بهره و سود ببرند. همچنین می‌تواند بیمه‌شدگان انفرادی تحت شمول بیمه پایه خود را نیز در قالب گروه‌های بیمه‌ای با شرایط گروهی، بیمه تکمیلی درمان کند. استفاده از سیستم نظام ارجاع و پزشک خانواده می‌تواند ضمن اجرای صحیح طرح، به کاهش مخاطرات اخلاقی و نیز کاهش تقاضای القایی بیمه‌شدگان و در نتیجه کاهش هزینه‌های غیرضروری سازمان کمک کند.

در مجموع، سازمان می‌تواند با اجرای این طرح، یعنی ارائه بیمه مکمل درمان در کنار بیمه پایه، مزیت‌هایی همچون ایجاد رقابت در بازار بیمه و افزایش کمیت و کیفیت در بیمه خدمات درمانی، تغییرات مثبت در حوزه بیمه درمانی سازمان، بهبود وضعیت مالی سازمان، گسترش چتر بیمه درمانی و شفافیت در آن و رضایت‌مندی بیمه‌شدگان را برای سازمان به ارمغان آورد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از رساله دکتری است که در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز و با کد ۱۰۱۴۸۵۸۱۹۸۳۵۸۴۰۱۳۹۸۱۶۲۳۲۴۲۱ نویسنده این مقاله از مؤسسه عالی پژوهش سازمان تأمین اجتماعی برای حمایت از پژوهش حاضر تقدیر می‌کنند.

References

1. Erlangga D, Suhrcke M, Ali S, Bloor K. The impact of public health insurance on health care utilisation, financial protection and health status in low- and middle-income countries: A systematic review. *PloS One*. 2019;14(8):e0219731.
2. Piri M, Jalali R, Amini A A. Factors contributing to development of justice the centrality health insurance organization. *Iran J Health Insur*. 2019;2(4):228-37.[Persian]

جا» محسوب می‌شود. این پوشش توسط بیمه‌های پایه و مکمل درمان صورت می‌گیرد که در ایران همانند سایر کشورها، به دلیل ارائه آنها توسط بیمه‌گرهای متفاوت و مختلف، مشکلاتی برای بیمه‌شدگان پایه به وجود آمده است. این مشکلات در سازمان تأمین اجتماعی به دلیل برخورداری نبودن بیمه‌شدگان پایه انفرادی و هزینه‌های بالای درمان مستقیم، مضاعف است. مطابق نتایج حاصل از این پژوهش، ارائه بیمه مکمل درمان در کنار بیمه پایه توسط سازمان تأمین اجتماعی، می‌تواند بسیاری از این مسائل و مشکلات این حوزه را کاهش داده و به پیامدهای مثبتی از قبیل افزایش رضایت‌مندی بیمه‌شدگان از طریق اتلاف نشدن وقت و سردگمی آنان، تخفیف در حق بیمه تکمیلی درمان، کاهش هزینه‌های درمان مستقیم سازمان از محل حذف خدمات درمانی رایگان سازمان، افزایش کمیت و کیفیت در بیمه خدمات درمانی با ایجاد رقابت بیشتر در بازار بیمه مکمل درمان، برخورداری بیمه‌شدگان انفرادی پایه سازمان از مزایای بیمه مکمل درمان گروهی با گروه‌بندی آنها (رانندگان، کارگران ساختمانی، بافندگان و...)، گسترش چتر بیمه درمانی با تخفیف در حق بیمه مکمل و تسهیل و تسریع در برقراری بیمه مکمل، شفاف‌سازی بیمه‌های درمانی با مرزبندی آنها و ارائه بیمه درمانی کامل توسط سازمان، منجر شود.

در خصوص ادغام عمودی بیمه‌ها تاکنون پژوهش خاصی ارائه نشده، اما براساس نتایج حاصل از بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه بیمه‌های درمانی، می‌توان به مسائل و مشکلات این حوزه پی‌برد. همان‌طور که در این مقاله نیز اشاره شد، پیامدهای این پژوهش می‌تواند بسیاری از مسائل و مشکلات مطرح را پوشش دهد. بنابراین با ارائه بیمه مکمل درمان توسط سازمان تأمین اجتماعی می‌توان در راستای تحقق شعار سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۸) و دستیابی به مزیت‌های فوق (که در حال حاضر فقدان آنها، مسائل روز این حوزه محسوب می‌شوند)، گام‌های مؤثری در این حوزه برداشت.

پیشنهادهای

مطابق نتایج حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود سازمان تأمین اجتماعی با توجه به مسائل و مشکلات حوزه بیمه‌های درمانی، به‌ویژه هزینه‌های درمان سازمان و جامعه هدف و نیز برخورداری نبودن شمار کثیری از بیمه‌شدگان تحت پوشش از مزایای بیمه مکمل درمان، براساس ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل منحصربه‌فرد خود (از جمله وجود نیروی انسانی مجرب و توانمند در این زمینه، امکانات و تجهیزات لازم و کافی، وجود مراکز درمانی ملکی، میزان جمعیت تحت پوشش، ارتباط و دسترسی به اطلاعات بیش از نیمی از جمعیت کشور، توان مالی،

3. World Health Organization. Research for universal health coverage: World health report, 2013.
4. Stimpson JP, Kemmick Pintor J, McKenna RM, Park S, Wilson FA. Association of medicaid expansion with health insurance coverage among persons with a disability. *JAMA Netw Open*. 2019;2(7):e197136.
5. Dey P, Bach PB. The 6 functions of health insurance. *JAMA*. 2019;321(13):1242-3.
6. Levy H, Meltzer D. The impact of health insurance on health. *Annu Rev Public Health*. 2008;29:399-409.
7. Yahyavi Dizaj J, Saeidpour J, Na'emani F, Irandoust K. Inequality in payments for health insurance in Iran: during the study period 2011-2017. *Iran J Health Insur*. 2019;2(2):81-87. [Persian]
8. Almasi R. Study of expanding the insurance model in different dimensions in Iran.[Master Thesis]. Isfahan: Department of management, Isfahan University, 2017.[Persian]
9. Vafaei Najjar A, Karimi A, Sadeghiani A. Information system process of supplementary health insurance services packages in selected countries and model presentation for Iran. *Health Information Management*. 2006;3(1).[Persian]
10. Badiie Aval S, Adel A, Ebrahimipour H, Javan Biparva A, Askarzadeh E. Investigate the change in the behavior of supplementary insurers and insured individuals before and after the implementation of the health system reform in Mashhad University of Medical Sciences hospitals. *Iran J Health Insur*. 2019;1(4):159-164.[Persian]
11. Shahraki M. Estimation of supplementary health insurance demand in Iranian urban household: Probit model with sample selection. *Iran J Health Insur*. 2019;2(1):7-13.[Persian]
12. Sender J. Africa's economic performance: Limitations of the current consensus. *J Econ Perspect*. 1999;13(3):89-114.
13. Hosseinpour R. The position of supplementary insurance in the Iranian health market. *Medical Weekly and Sepid Society*. 2010;223:223.[Persian]
14. Sehat S, Vahid N. New World Monthly Insurance. Report: No. 140 and 141, 2009.[Persian]
15. Ayoubian A. Necessity to improve the status of complementary group and individual treatment insurance in the health system. *Iran J Health Insur*. 2018;1(1 and 2):48-49.[Persian]
16. Zare H, Yazdani N, Azad M, Ahmadpour M, Kashif Ghorbanpour R, Akbarian A, et al. Presenting a model for private health insurance in Iran. *Quarterly Journal of Medical Research and Cultivation*. 2008;20(1 and 2):58-67.[Persian]
17. Bazargan A. Introduction to qualitative and mixed research methods. Tehran: Didar Publications, 2007.[Persian]
18. Hennink M, Hutter I, Bailey A. Qualitative research methods. Sage; 2020 Jan 9.
19. Bhattacharya K. Fundamentals of qualitative research: A practical guide. Taylor & Francis; 2017 Mar 16.
20. Gol-Alizadeh E, Pirouzian A, Jabbari M R. Improving supplemental health insurance in Iran and how to achieve it. *Iran J Health Insur*. 2018;1(1 and 2):2-12.[Persian]
21. Bottani E. A fuzzy QFD approach to achieve agility. *International Journal of Production Economics*. 2009;119(2):380-91.
22. Jahangiri A, Jahangiri M. Evaluation of the performance of the provincial units of the Social Security Organization in the indirect treatment sector in 9311 using TOPSIS method. *Health Management Quarterly*. 2019;9(4):7-18.[Persian]